

Original

Uso y valoración de los servicios sanitarios y de la medicación antirretroviral en personas diagnosticadas de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

Eugenia Oviedo-Joekes^{a,b,*}, Manuel Romero^c, Joan Carles March^c, Miguel A. López Rus^d, Emilio Perea-Milla^e y Asociación AVALON

^a Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences, Vancouver, Canadá

^b University of British Columbia, School of Population and Public Health, Vancouver, Canadá

^c Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^d Unidad de Infecciosas, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^e Hospital Costa del Sol, Marbella, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de octubre de 2007

Aceptado el 18 de marzo de 2008

On-line el 13 de febrero de 2009

Palabras clave:

VIH

Terapia antirretroviral

Conformidad del paciente

Acceso a los servicios de salud

Exclusión social

Drogas ilegales

RESUMEN

Objetivo: Examinar las diferencias entre la toma o no de antirretrovirales (ART) en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en relación con el uso y la valoración de los servicios sanitarios y las características sociodemográficas.

Métodos: Los datos se recogieron con un cuestionario realizado a 108 personas infectadas por el VIH, en la ciudad de Granada (España), entre julio y septiembre de 2005. Los participantes fueron contactados desde tres ámbitos: Un servicio de enfermedades infecciosas, una asociación no gubernamental de personas infectadas por el VIH y del trabajo de calle a partir del contacto por iguales.

Resultados: La edad media de los participantes fue de 40 años, y eran seropositivos desde hacía 12 años como media. El 55,6% consumía drogas ilegales y el 63,9% había usado alguna vez la vía inyectada. El 25% no tomaba ART, el 15,7% cumplía el tratamiento y el 59,3% al menos alguna vez incumplía las pautas prescritas. Los participantes tienen una percepción positiva de la medicación ART y bastante acertada. El grupo de los cumplidores presenta las mejores puntuaciones, y quienes no toman ART las más bajas, en casi la totalidad de las variables estudiadas.

Conclusiones: Se debería seguir mejorando el acceso a los recursos sociosanitarios, implementar estrategias de motivación para los pacientes que llevan muchos años con el tratamiento e integrar en la red asistencial a aquellos que viven procesos de exclusión social.

© 2007 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Use and evaluation of the health care services and the antirretroviral medication in HIV diagnosed people

ABSTRACT

Keywords:

HIV

Antiretroviral therapy

Patient compliance

Health services accessibility

Social isolation

Illicit drugs

Aim: To analyze the use or not of antirretrovirals (ART) human immunodeficiency virus (HIV) diagnosed people in relation to the utilization and evaluation of the health care services and sociodemographic profiles.

Methods: The data was collected with a questionnaire to 108 HIV people, in the city of Granada (Spain) between July and September 2005. Participants were contacted from three sources: infectious diseases service, HIV's nongovernmental association and from the street through peers.

Results: The mean age was 40 years, and the participants knew that they were seropositives since a mean of 12 years ago. At the moment of the interview, 55.6% consumed illegal drugs (cannabis not included), and 63.9% were former injecting drug users. In relation to ART, 25% did not take it, 15.7% were totally adherent, and 59.3% were in treatment but failed in the intake of the medication as prescribed. In general, participants have a positive and accurate perception of ART. The group of the adherents showed the best scores and those who do not take ART the lowest, in almost the totality of the studied variables.

Conclusion: The present study suggests that is important continuing to improve the access to the health and social resources, to implement strategies of motivation for patients who have been many years in HIV treatment and to integrate in the health care system social excluded HIV positive people.

© 2007 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) supone un desafío para los sistemas de salud,

puesto que en ella converge un gran número de factores, lo que obliga a un abordaje multi/interdisciplinario¹. A partir de 1996 se cuenta con la denominada terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), que ha mejorado notablemente el pronóstico de la enfermedad, alargando la esperanza de vida de las personas infectadas por el VIH que acceden a estos tratamientos^{2,3}. No obstante, este tratamiento es complejo, en ocasiones incómodo, hay que tomarlo de por vida y es potencialmente tóxico. Por ello,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eugenia@mail.cheos.ubc.ca (E. Oviedo-Joekes).

requiere una colaboración «decidida y entusiasta» por parte de los pacientes y el soporte de un equipo de personal sanitario interdisciplinario⁴.

La falta de cumplimiento del tratamiento antirretroviral tiene consecuencias para el paciente, la comunidad y el sistema sanitario⁵. Una persona seropositiva que no toma los antirretrovirales (ART) con la pauta indicada no sólo tiene menores probabilidades de disminuir la carga viral, sino que puede crear resistencia a la medicación^{6,7}. Esto impide que el tratamiento sea efectivo y aumenta la probabilidad de transmitir el VIH a otras personas, y con una cepa de virus resistente a la medicación. Para los sistemas sanitarios implica un desajuste en el coste-efectividad, por la merma de la calidad de vida en las personas afectadas y por el hecho de invertir recursos en un tratamiento que no siempre obtiene resultados positivos^{8,9}.

Se ha llegado a definir la falta de cumplimiento terapéutico como «el talón de Aquiles» de los tratamientos ART¹⁰. Aunque desde 1996 los tratamientos ART en España son accesibles a toda la población como parte del Sistema Público de Salud, algunos estudios sugieren que sigue habiendo desigualdades sociales en el acceso o en el cumplimiento de este tratamiento¹¹. Por otro lado, también se ha intentado establecer qué factores individuales o sociales predicen el cumplimiento o no del tratamiento ART; no obstante, éste es un problema en el que intervienen múltiples aspectos, que pueden variar según los contextos, con resultados inconsistentes¹².

Si bien otros estudios han evaluado el cumplimiento del tratamiento ART y los factores asociados, en este trabajo se propone un abordaje que incluye el contexto en el que participan (o no) las personas infectadas por el VIH como agrupador natural de distintos perfiles. Por otro lado, considerando que una de las principales barreras para el cumplimiento puede encontrarse en los propios servicios sanitarios¹³, este trabajo pretende evaluar las necesidades en salud, el uso y la valoración de estos servicios por parte de las personas infectadas por el VIH. Finalmente, se analizan los factores que pudieran estar relacionados con la toma o no de ART, y se comentan oportunidades de intervención adaptadas a las necesidades de los participantes en el estudio.

Métodos

El presente es un estudio transversal con muestra intencional. Se ha elegido la muestra en función de tres puntos de referencia para obtener información desde tres perfiles diferentes en relación con el acceso a los servicios de salud de personas infectadas por el VIH: los que mantienen contacto con el médico especialista, quienes participan de actividades alternativas a través de sus organizaciones no gubernamentales (ONG) y quienes no participan o no acceden a los recursos sociosanitarios disponibles en su comunidad (en este caso, la ciudad de Granada). La muestra final se compone de 108 personas infectadas por el VIH, contactadas en la ciudad de Granada (España) desde tres ámbitos distintos: servicio de enfermedades infecciosas de un hospital ($n = 50$), dos asociaciones no gubernamentales que trabajan con personas infectadas por el VIH ($n = 26$) y del trabajo de calle a partir del contacto por iguales (centro de recogida de metadona, comedores sociales, etc. [$n = 32$]). Los criterios de inclusión en el estudio fueron, para los 2 primeros grupos, asistir a la consulta u ONG, y para los 3 grupos estar infectado por el VIH y aceptar participar en la entrevista. La participación fue voluntaria y anónima; no se obtuvieron datos de los no participantes.

La mediación con las personas que acudieron al hospital la llevó a cabo un médico, solicitando a sus pacientes su participación voluntaria al final de la consulta. En el caso de las asociaciones, la selección se realizó invitando a los posibles

candidatos a participar en el estudio cuando iban a las ONG por diversas razones. Los participantes se seleccionaron directamente desde la calle mediante informadores clave y generando distintos procesos de «bola de nieve». Tanto la mediación como las entrevistas fueron llevadas a cabo por iguales, formados adecuadamente en los instrumentos y actividades que debían realizar.

Los datos se recogieron entre julio y septiembre de 2005, mediante un cuestionario que consta de las siguientes secciones: características sociodemográficas, estilos de vida y salud; beneficios percibidos de la medicación ART y conocimientos sobre el tratamiento del VIH; cuestionario SMAQ de cumplimiento del tratamiento ART¹⁴; valoración de los servicios sanitarios y necesidades en salud. Las preguntas sobre el consumo de drogas ilegales excluyeron el cannabis, y el período de referencia (cuando no estaba indicado de otra manera) era «en el presente». Las preguntas del último bloque del cuestionario se elaboraron a partir de grupos focales con personas infectadas por el VIH.

La variable dependiente «tratamiento antirretroviral» se analizó con tres niveles: cumplidor, no cumplidor, no toma ART. La valoración de los servicios de enfermedades infecciosas y necesidades en salud tuvo un formato de respuesta tipo Likert de 4 niveles, agrupados en 2 y 3 categorías, respectivamente. La variable de participación en actividades sociales se compone del sumatorio de las respuestas positivas (sí es igual a 1, no es igual a 0) de cada una las siguientes 9 actividades: participar en alguna actividad como voluntario, salir a dar un paseo, participar en las actividades del barrio (mercadillo, reuniones de vecinos, etc.), salir de tapeo con amigos/pareja/familia, visitar algún familiar o amigo, compartir alguna actividad con los hijos (excursiones, juegos, paseos), ir al cine con amigos/pareja/familia, alguna actividad compartida relacionada con tu religión, creencias o valores personales, y haber votado en las últimas elecciones.

Se realizaron análisis descriptivos, utilizando proporciones y valores medios. Las asociaciones entre variables se evaluaron con las pruebas de la χ^2 y de Kruskal-Wallis, para variables nominales y continuas, respectivamente. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el paquete SPSS 12,0¹⁵.

Resultados

Un total de 108 personas infectadas por el VIH participaron en el estudio, de las cuales el 71% eran hombres. Las características de los participantes se muestran en las [tablas 1 y 2](#). La edad media (desviación estándar) fue de 40 (7,05) años, y conocían su diagnóstico desde hacía 12 (5,36) años. El 40% dijo haber contraído el VIH por compartir jeringuillas, el 35% por la vía sexual y un 25% lo desconocía. El 28% tenía trabajo, el 13,9% vivía precariamente y el 56,6% percibía alguna pensión. Poco más de la mitad consumía «en el presente» drogas ilegales (53,7%), el 63,9% eran ex inyectores, y sólo un 18,5% eran inyectores activos. El 48,1% de los participantes había estado alguna vez en prisión. El 25% no tomaba ART, el 15,7% cumplía totalmente la toma de la medicación ART, y el 59,3% estaba en tratamiento pero al menos alguna vez incumplía las pautas en las tomas de la medicación prescrita.

Los participantes en el estudio muestran una percepción sobre el beneficio de los ART muy positiva ([tabla 3](#)). El 80% dice estar de acuerdo en que no tomar las dosis según la pauta indicada puede crear resistencia a la medicación y el 92% en que la medicación ART puede estabilizar o controlar el VIH. La valoración de los servicios sanitarios ([tabla 4](#)) es en general muy buena, excepto en cuanto a la información sobre los efectos secundarios, la interacción con otras drogas y la coordinación con otros especialistas. Los aspectos que los participantes consideran muy

Tabla 1
Características de los participantes (n = 108)

Variables sociodemográficas	Porcentaje
Edad	40,4 (7,05) ^a
Sexo	
Hombre	71,3
Mujer	28,7
Nivel de estudios alcanzado	
Ninguno	6,5
EGB incompleta	28,7
EGB	31,5
Bachillerato incompleto (BUP/FP)	15,7
Bachillerato completo (BUP/FP)	13
Universitarios	4,6
Estado civil	
Casado-a/convivencia	25,9
Viudo/a	5,6
Separado-a/divorciado-a	25,9
Soltero/a (nunca se casó)	42,6
Dónde ha vivido en los últimos 6 meses	
Vivienda precaria (en la calle, ocupa, asilo, pensión)	13,9
Con familiares o amigos	15,7
Vivienda propia o alquilada	70,4
Situación laboral actual	
Trabaja	28,3
No trabaja	23,6
Invalidez permanente	36,8
Otros (ama de casa, estudiante, trabajos esporádicos)	11,3
Percibe alguna pensión	56,6
Actividades sociales en el último mes (máximo 9)	3,98 (1,84) ^a
Consume drogas no prescritas	55,6
Vía de consumo ^b	
Injectada	18,5
Aspirada (esnifada)	6,5
Fumada (chinos)	26,9
Oral	10,2
Otras	12
Alguna vez ha usado drogas por vía parenteral	63,9
Se ha inyectado drogas en los últimos 6 meses	25,5
Ha compartido material de inyección en los últimos 6 meses	6,3
Ha estado alguna vez en prisión	48,1
Orientación sexual	
Heterosexual	86,1
Homosexual	12
Bisexual	1,9

^a Media y desviación estándar.^b La suma de los porcentajes es más del 55,6% por ser multirrespuesta.

importantes para mejorar en su atención sociosanitaria (tabla 5) son, en primer lugar, las restricciones para obtener o conservar la pensión no contributiva, la formación respecto al VIH de los médicos de cabecera y la atención psicológica ligada a la consulta de infecciosas.

En la tabla 6 se muestran las variables que mostraron asociación significativa con la toma de medicación ART. El grupo de los cumplidores presenta, en general, las mejores puntuaciones, y quienes no toman ART las más bajas, en casi la totalidad de las variables asociadas. Por ejemplo, el grupo de los cumplidores y no cumplidores con el tratamiento ART presentan mayores proporciones, con respecto a quienes no toman ART, de participantes que perciben alguna pensión ($p = 0,018$), que habitan una vivienda propia o alquilada ($p = 0,048$), que han participado en más actividades sociales en el último mes ($p = 0,001$) y que han acudido al médico especialista en los últimos 6 meses ($p = 0,001$).

Tabla 2
Salud general, tratamiento y uso de los servicios sanitarios de los participantes (n = 108)

	Porcentaje
Desde cuándo conoce el diagnóstico del VIH, en años	12,05 (5,36) ^a
Dónde le diagnosticaron el VIH	
Centro de drogodependencias	14,0
Hospital/centro de salud	68,2
Prisión	17,8
Forma en que contrajo el VIH	
No sabe	25,5
Vía sexual	34,9
Compartir jeringuillas	39,6
Medicación antirretroviral	
Cumplidor	15,7
No cumplidor	59,3
No toma	25
Hepatitis C	
Actual	58,7
En el pasado	2,9
No	35,6
No sabe	2,9
Tuberculosis	
Actual	2,9
En el pasado	30,4
No	58,8
No sabe	7,8
Padece o ha padecido alguna enfermedad «oportunistas»	60,2
Ha acudido al especialista de enfermedades infecciosas en los últimos 6 meses	85,2
Cuántas veces	2,3 (1,64) ^a
Si tiene cita con el especialista de enfermedades infecciosas, y en el mismo día le surge otro compromiso o inconveniente:	
Sí va a la consulta	35,2
Llama por teléfono y cambia la cita	50
No va a la consulta	14,8

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

^a Media y desviación estándar.**Tabla 3**
Beneficios percibidos de la medicación antirretroviral (n = 108)

	Sí (%)	No (%)	No sabe (%)
Tomar la medicación antirretroviral puede:			
Ayudar a una persona infectada por el VIH a prolongar su vida	90,4	3,8	5,8
Prevenir el desarrollo de enfermedades oportunistas	86,5	5,8	7,7
Causar efectos secundarios	79,8	8,7	11,5
No tomar las dosis según la pauta indicada puede:			
Llevar a desarrollar el sida	79,8	12,5	7,7
Incrementar el riesgo de transmitir el VIH a otras personas	64,4	30,7	5
Crear resistencia a la medicación	80,8	9,6	9,6

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Media total (desviación estándar) de respuestas correctas: 4,62 (1,66).

Quienes no toman ART, con respecto a los otros 2 grupos, muestran mayores proporciones de participantes con consumo actual de drogas ilegales ($p = 0,006$) y uso de la vía inyectada en los últimos 6 meses ($p = 0,001$). El grupo de los no cumplidores, en general, obtiene puntuaciones similares a los cumplidores, excepto en el consumo actual de drogas ilegales, el antecedente de prisión ($p = 0,081$), los años desde que contrajeron la infección por el VIH ($p = 0,003$) y haber padecido enfermedades

oportunistas ($p = 0,001$). Por último, el grupo de los cumplidores y no cumplidores con la medicación ART tienen una percepción de los beneficios de ésta más acertada que quienes no la toman ($p = 0,001$), y tienden a valorar mejor los servicios de salud.

Discusión

El objetivo del presente trabajo ha sido conocer el uso y la valoración de los servicios sanitarios y de la medicación ART en una muestra diversa de personas infectadas por el VIH en la ciudad de Granada en 2005, y discutir los posibles factores que puedan estar relacionados con el uso o no de los ART.

Una cuarta parte de los participantes en este estudio no toman actualmente ART, y entre quienes lo hacen, sólo un pequeño grupo cumple el tratamiento en una proporción superior al 95%. En las variables medidas, el grupo de los cumplidores y no cumplidores de la medicación ART presentan puntuaciones que derivan en perfiles diametralmente opuestos. Sin embargo, los no cumplidores a veces puntúan como los cumplidores y otras como los no ART, excepto en 2 variables: son los que más años llevan como seropositivos (13,5 años) y los que mayor porcentaje de enfermedades oportunistas han padecido. Esto podría ser un indicador de que estos pacientes, que se iniciaron en el tratamiento antes del TARGA, por un lado están agotados y lo incumplen, y por otro han creado resistencia a la medicación. Los no cumplidores tienen mayor proporción con respecto a los cumplidores, pero en menor medida en relación con los no ART, de consumo de drogas ilegales,

uso de la vía inyectada actual y en los últimos 6 meses, y de paso por prisión. En cuanto a la valoración de los servicios, tienden a puntuar levemente por debajo de los cumplidores, excepto en el tiempo que les dedica el médico en la consulta, donde la diferencia es bastante mayor, por lo que en esta muestra los no cumplidores se mantienen dentro del sistema sanitario, aunque sin el convencimiento de los cumplidores.

Los participantes que no toman ART muestran un perfil que podría calificarse de «excluidos sociales» o personas fuera del sistema (menor acceso a las pensiones económicas, a la vivienda digna, a la participación social, mayor consumo de drogas ilegales, uso de la vía inyectada y antecedentes de prisión). Otros estudios han indicado que la precariedad empeora el pronóstico de supervivencia, aun en un contexto de acceso gratuito a los medicamentos ART, como Europa occidental^{16–18}, y sigue habiendo desigualdades sociales en el acceso a los ART^{11,19}. Por otro lado, no es de extrañar que la mayor parte de este grupo esté compuesta por los participantes que son usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), dada la importante asociación entre inyección de drogas y exclusión social²⁰. Varios estudios han mostrado una asociación entre el uso de la vía inyectada y el bajo cumplimiento del tratamiento ART^{21–23}, aunque este hallazgo no es siempre consistente^{24,25}, por lo que el uso o no de esta vía no puede considerarse un determinante de no cumplimiento *per se*. Por ejemplo, un estudio longitudinal realizado en España en una cohorte de UDVP infectados por el VIH, con un seguimiento de 6–8 años, mostró que menos del 15% de los que iniciaron el tratamiento ART finalmente lo abandonaron²⁶. Asimismo, en los últimos años (al menos en España) la supervivencia de UDVP infectados por el VIH ha aumentado notablemente²⁷; además, si se logra el cumplimiento, el resultado del tratamiento ART en UDVP es similar al de otros grupos de transmisión²⁸.

Si bien los participantes tienen una percepción positiva y bastante acertada de la medicación ART, es menos positiva entre quienes no la toman. Otros estudios han encontrado asociaciones entre las creencias y las percepciones sobre el tratamiento y el uso de ART. Por ejemplo, un estudio mostró que quienes recibían medicación ART tenían una percepción más acertada de sus beneficios²⁹. En otros estudios esta asociación se ha explicado por mecanismos de autoeficacia³⁰ o gravedad de la enfermedad³¹.

En general, los participantes refieren una valoración positiva de los servicios sanitarios: los cumplidores son los más satisfechos, y los que no toman ART los menos. La accesibilidad a los recursos sanitarios y la atención que recibe el paciente se han relacionado positivamente con el cumplimiento terapéutico¹³. Por ejemplo, la relación entre el médico y el paciente basada en la comunicación, la información sobre la terapia y la enfermedad, la confianza y la participación en la toma de decisiones, son factores que se han asociado en otros trabajos con un mejor cumplimiento con los ART^{18,32}.

Tabla 4

Valoración de los servicios sanitarios (n = 108)

	Mal-regular (%)	Bien-muy bien (%)
Información sobre el tratamiento del VIH	32,7	67,3
Trato humano que recibe	22,1	77,9
Tiempo que le dedica el médico en la entrevista	32,7	67,3
Consejo que se le brinda para la toma de la medicación	28	72
Información que le proporcionan sobre los efectos secundarios	59,2	40,8
Información que le proporcionan sobre las interacciones con drogas u otros medicamentos	60,4	39,6
Consejo que se le brinda sobre cómo llevar el tratamiento	31,7	67,4
Información sobre prevención de transmisión del VIH y otras enfermedades	42,3	57,7
Información sobre la posibilidad de padecer otras enfermedades relacionadas con el VIH	42,8	57,2
El respeto por la confidencialidad de su diagnóstico	29,4	70,5
Coordinación con otros especialistas	54	46,1

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 5

Importancia en la mejora de la atención sanitaria y del tratamiento que reciben los participantes (n = 108)

	Nada-poco importante (%)	Importante (%)	Muy importante (%)
Mayor apoyo e información en la consulta	12,4	59	28,6
Medicina alternativa para paliar los efectos secundarios	22,4	48,5	29,1
Acceso a los balnearios y otras prestaciones sociales	24,3	45,6	30,1
Mayor coordinación con las organizaciones que trabajan con pacientes infectados por el VIH	10,5	52,9	36,5
Menos restricciones para obtener/conservar la pensión no contributiva	2,9	20,2	76,9
Apoyo/acompañamiento entre iguales para afrontar el tratamiento y la enfermedad	15,5	42,7	41,7
Acceso al servicio de odontología de la facultad	5,8	45,7	48,6
Acceso a un psicólogo/a de referencia vinculado al VIH	4,8	42,9	52,4
Ginecólogo/urólogo con formación específica en VIH	11,5	40	48,6
Formación médica en VIH del médico de cabecera	5,8	39	55,2
Lavado de semen	17,8	27,7	54,5
Mejor acceso a los trasplantes de órganos	23,1	31,7	45,2

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 6
Variables asociadas al uso de antirretrovirales

	Cumplidor n = 17 (%)	No cumplidor n = 61 (%)	No ART n = 26 (%)
Percibe alguna pensión	64,7	64,5	33,3
Dónde ha vivido en los últimos 6 meses			
Vivienda precaria	5,9	9,4	29,6
Con familiares o amigos	5,9	18,8	14,8
Vivienda propia o alquilada	88,2	71,9	55,6
Actividades sociales en el último mes (máximo 9) ^a	4 (2)	4,45 (1,61)	2,85 (1,83)
Consume actualmente drogas ilegales	29,4	51,6	74,1
Se ha inyectado drogas en los últimos 6 meses	5,9	17,5	57,7
Ha estado alguna vez en prisión ^b	23,5	51,6	55,6
Desde cuándo conoce el diagnóstico de la infección por el VIH, en años ^a	9 (5,12)	13,47 (4,95)	10,54 (5,42)
Padece o ha padecido alguna enfermedad «oportunistas»	29,4	73,4	48,1
Ha acudido al especialista de enfermedades infecciosas en los últimos 6 meses	100	95,3	51,9
Percibe los beneficios de la medicación ART (máximo 6) ^a	5,82 (0,39)	4,9 (1,23)	3,15 (2,05)
Valora como bueno o muy bueno en el centro donde le atienden el...			
Tiempo que le dedica el médico en la entrevista	94,1	65,6	52,2
Consejo que se le brinda para la toma de la medicación	87,5	77,4	45,5
Consejo que se le brinda sobre cómo llevar el tratamiento	88,2	72,6	38,1
Valora como poco o muy poco importante mejorar los siguientes servicios			
Acceso al servicio de odontología de la facultad	5,9	1,6	16
Ginecólogo/urólogo con formación específica en VIH	11,8	4,8	28
Lavado de semen	5,9	11,7	41,7
Mejor acceso a los trasplantes de órganos	5,9	14,5	56

No ART: no recibe tratamiento antirretroviral; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. Comparaciones realizadas con el test de la χ^2 , excepto en los casos indicados.

^a Media y desviación estándar; comparaciones realizadas con la prueba de Kruskal-Wallis.

^b $p = 0,07$.

Este trabajo presenta importantes limitaciones, además de las derivadas del diseño transversal. Las principales son el reducido tamaño de la muestra y su carácter intencional. En el caso del grupo captado fuera del ambiente hospitalario, la participación de iguales conocedores de gran parte de la muestra del estudio fue fundamental en el logro de los objetivos y en el acceso a la población diana. Este método de captación es una ventaja del estudio (porque refleja la realidad local y llega a personas que son de difícil acceso), pero a su vez también una limitación (la intencionalidad del muestreo exige cautela a la hora de interpretar los resultados). Por otro lado, el cuestionario de cumplimiento utilizado ha calificado como cumplidores a muy pocos participantes, lo cual puede deberse a que el SMAQ tiende a subestimar a los no cumplidores. No obstante, este instrumento se ha mostrado sensible y específico, comparado con medidas más objetivas, y fuertemente asociado con la carga viral¹⁴. Finalmente, sólo hemos tenido en cuenta algunas de las barreras para la toma y el cumplimiento de la medicación ART, dejando de lado otras importantes, como las características del tratamiento, que es la barrera más ampliamente identificada para el cumplimiento terapéutico^{33–35}.

Este estudio pone de manifiesto que, en el contexto que nos ocupa, sigue habiendo grupos de personas diagnosticadas de infección por el VIH con muchos años de evolución de la enfermedad que no están en tratamiento ART, y la mayoría de los que siguen dicho tratamiento tiene dificultades para cumplirlo correctamente. La coordinación con otros especialistas, la formación sobre el VIH de los médicos de cabecera y el acceso a la atención psicológica, así como la facilitación de obtención o conservación de ayudas financieras, son algunos de los aspectos que en este trabajo muestran una oportunidad de mejora. Asimismo, la situación de estos pacientes podría mejorar tras implementar estrategias de motivación para los que llevan muchos años con el tratamiento, y no descansar en el trabajo de integración en la red asistencial de los que viven procesos de exclusión social.

Financiación

Este estudio ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (15/04-1).

Bibliografía

- Kemeny ME. An interdisciplinary research model to investigate psychosocial cofactors in disease: application to HIV-1 pathogenesis. *Brain Behav Immun*. 2003;17(Suppl 1):62–72.
- Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med*. 1998;338:853–60.
- Martínez E, Arnaiz JA, Podzamczar D, et al. Substitution of nevirapine, efavirenz, or abacavir for protease inhibitors in patients with human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 2003;349:1036–46.
- Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, et al. Tratamiento antirretroviral en el año 2000 para adultos, adolescentes y niños. Guía práctica del sida: clínica, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 2000.
- Knobel H, Escobar I, Polo R, et al. Recommendations from GESIDA/SEFH/PNS to improve adherence to antiviral treatment (2004). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:221–31.
- Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133:21–30.
- Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, et al. Association between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance. *Clin Infect Dis*. 2003;37:1112–8.
- Lamiraud K, Moatti JP. Economic implications of nonadherence to highly active antiretroviral treatment in HIV patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2006;7:135–43.
- Torti C, Casari S, Salvarini L, et al. Modifications of health resource use in Italy after the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART) for human immunodeficiency virus (HIV) infection. Pharmacoeconomic implications in a population-based setting. *Health Policy*. 2003;65:261–7.
- Simoni JM, Frick PA, Pantalone DW, et al. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. *Top HIV Med*. 2003;11:185–98.
- Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Pasarín MI, et al. AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic group in a country with a National Health System? *Eur J Public Health*. 2006;16:601–8.
- Ammassari A, Trotta MP, Murri R, et al. Correlates and predictors of adherence to highly active antiretroviral therapy: overview of published literature. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002;31(Suppl 3):123–7.

13. Ickovics JR, Meade CS. Adherence to HAART among patients with HIV: breakthroughs and barriers. *AIDS Care.* 2002;14:309–18.
14. Knobel H, Alonso J, Casado JL, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS.* 2002;16:605–13.
15. SPSS I. SPSS 12.0.1 for windows. Chicago, 2003.
16. Moatti JP, Spire B. Economic and sociobehavioural issues related to highly active antiretroviral therapies for HIV infection: the contribution of social science research. *Med Sci (Paris).* 2003;19:878–84.
17. Moatti JP, Spire B, Duran S. A review of sociobehavioural studies on adherence to antiretroviral treatments: beyond biomedical models? *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2000;48:182–97.
18. Altice FL, Mostashari F, Friedland GH. Trust and the acceptance of and adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;28:47–58.
19. Iribarren JA, González-García J. Hospital admissions and mortality in AIDS patients in the HAART era. Where are we heading? *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:129–32.
20. March JC, Oviedo-Joekes E, Romero M. Drugs and social exclusion in ten European cities. *Eur Addict Res.* 2006;12:33–41.
21. Kerr T, Palepu A, Barness G, et al. Psychosocial determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver. *Antivir Ther.* 2004;9:407–14.
22. Gebo KA, Keruly J, Moore RD. Association of social stress, illicit drug use, and health beliefs with nonadherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med.* 2003;18:104–11.
23. Rodríguez-Arenas MA, Jarrin I, Del Amo J, et al. Delay in the initiation of HAART, poorer virological response, and higher mortality among HIVinfected injecting drug users in Spain. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2006;22:715–23.
24. Kleeberger CA, Phair JP, Strathdee SA, et al. Determinants of heterogeneous adherence to HIVantiretroviral therapies in the Multicenter AIDS Cohort Study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;26:82–92.
25. Stone VE, Hogan JW, Schuman P, et al. Antiretroviral regimen complexity, selfreported adherence, and HIV patients' understanding of their regimens: survey of women in the her study. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2001;28:124–31.
26. Egea JM, Muga R, Sirera G, et al. Initiation, changes in use and effectiveness of highly active antiretroviral therapy in a cohort of injecting drug users. *Epidemiol Infect.* 2002;129:325–33.
27. Muga R, Langohr K, Tor J, et al. Survival of HIV-infected injection drug users (IDUs) in the highly active antiretroviral therapy era, relative to sex and agespecific survival of HIVuninfected IDUs. *Clin Infect Dis.* 2007;45:370–6.
28. Lloyd-Smith E, Brodtkin E, Wood E, et al. Impact of HAART and injection drug use on life expectancy of two HIVpositive cohorts in British Columbia. *AIDS.* 2006;20:445–50.
29. Nachega JB, Lehman DA, Hlatshwayo D, et al. HIV/AIDS and antiretroviral treatment knowledge, attitudes, beliefs, and practices in HIV-infected adults in Soweto, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2005;38:196–201.
30. Reynolds NR, Testa MA, Marc LG, et al. Factors influencing medication adherence beliefs and selfefficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, crosssectional study. *AIDS Behav.* 2004;8:141–50.
31. Gao X, Nau DP, Rosenbluth SA, et al. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *AIDS Care.* 2000;12:387–98.
32. Schneider J, Kaplan SH, Greenfield S, et al. Better physicianpatient relationships are associated with higher reported adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection. *J Gen Intern Med.* 2004;19:1096–103.
33. Johnson MO, Charlebois E, Morin SF, et al. Perceived adverse effects of antiretroviral therapy. *J Pain Symptom Manage.* 2005;29:193–205.
34. Ickovics JR, Cameron A, Zackin R, et al. Consequences and determinants of adherence to antiretroviral medication: results from Adult AIDS Clinical Trials Group protocol 370. *Antivir Ther.* 2002;7:185–93.
35. Chesney MA, Morin M, Sherr L. Adherence to HIV combination therapy. *Soc Sci Med.* 2000;50:1599–605.